

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1900-1901. — N° 39.

DES ANÉVRISMES
DE L'ARTÈRE PÉRONIÈRE
(et plus particulièrement des anévrismes diffus).

THESE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 4 Décembre 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Léon SIVAN

Né le 3 Janvier 1875, à Tourves (Var).



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Décembre 1900

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 39.

DES ANÉVRISMES DE L'ARTÈRE PÉRONIÈRE

(et plus particulièrement des anévrismes diffus).

THESE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 4 Décembre 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Léon SIVAN

Né le 3 Janvier 1875, à Tourves (Var).



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Décembre 1900

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSEUR.
CROLAS. QUESTEUR

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	}	MM. LÉPINE.
		BONDET.
		BARD.
Cliniques chirurgicales.	}	X.
		PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements		FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.		GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		GAILLETON.
Clinique des maladies mentales.		PIERRET.
Physique médicale		MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.		HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie		CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique		FLORENCE.
Parasitologie		LORTET.
Anatomie		TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.		RENAUT.
Physiologie.		MORAT.
Pathologie interne		TEISSIER.
Pathologie externe		AUGAGNEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales		MAYET.
Anatomie pathologique.		TRIPPIER.
Médecine opératoire.		POLLOSSON (M.)
Médecine expérimentale et comparée.		ARLOING.
Médecine légale		LACASSAGNE.
Hygiène.		COURMONT.
Thérapeutique		SOULIER.
Pharmacologie		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.	WEILL, agrégé
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Accouchements.	POLLOSSON (A.) —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale.	GANGOLPHE, —
Botanique	BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	CONDAMIN.	VALLAS.	PAVIOT.
ROQUE.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVE-JOSSERAND
ROUX.	COLLET.	DURAND.	BÉRARD.
POLLOSSON (A.)	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROCHET.	BARRAL.	PIC.	BORDIER.
ROLLET.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. PONCET, *Président* ; ROCHET, *Assesseur* ;
MM. COLLET et SIRAUD, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A mon Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR PONCET

INTRODUCTION

Quoique assez fréquents, les anévrismes des artères de la jambe étaient peu étudiés dans les ouvrages classiques avant les thèses de Vigen (Bordeaux, 1882) et de Vèzes (Paris, 1890). Ces auteurs ont pu en recueillir un certain nombre d'observations, et ont montré par conséquent que ces anévrismes ne doivent pas être négligés dans la description des affections chirurgicales de la jambe.

Depuis ces travaux, de nouvelles observations ont été publiées à ce sujet; mais, chez tous ces malades, ce sont les artères tibiales antérieure ou postérieure qui sont généralement intéressées; plus rarement, la lésion siège sur le tronc tibio-péronier. L'artère péronière n'est en cause que deux fois dans les statistiques de Vigen et de Vèzes; et, parmi les observations publiées ultérieurement, nous n'en trouvons que deux (obs. de Faguet et de Delore) où l'anévrisme est dû à une lésion de cette artère.

Le traumatisme a toujours été, chez ces quatre malades, la cause première de la lésion; l'artère péronière,

déchirée, a donné naissance à un anévrisme diffus ou artério-veineux.

Nous venons d'observer, dans le service de M. le professeur Poncet, un malade atteint d'anévrisme diffus de l'artère péronière ; mais, ici, la lésion est consécutive à la déchirure d'une poche anévrismale circonscrite et spontanée. M. le Dr Delore, chef de clinique du service, nous a donné l'idée de publier cette observation, et d'en faire l'objet de ce travail.

Nous ne saurions prétendre tirer de ces cinq observations des conclusions bien arrêtées. Toutefois, nous nous efforcerons de retracer en quelques mots l'étiologie et la pathogénie de ces anévrismes ; et après avoir recherché s'il existe des symptômes spéciaux nous permettant de poser un diagnostic précis, nous nous appliquerons surtout à établir quel est leur meilleur mode de traitement, nous basant pour cela sur la conduite tenue, et sur les résultats acquis dans les quelques observations que nous avons pu recueillir.

Mais, avant de commencer cette thèse, nous sommes heureux d'adresser nos remerciements les plus sincères à M. le Dr Delore, chef de clinique chirurgicale, qui nous a donné l'idée première de ce travail, pour la conception duquel il a bien voulu nous aider de ses conseils.

Nous tenons également à remercier nos Maîtres de Marseille, et principalement MM. Combalat, Laget et d'Astros, professeurs à l'Ecole de médecine, pour les bonnes leçons que nous en avons reçues.

Que MM. Fioupe et Boinet, Médecins des hôpitaux,

Louge et Roux de Brignoles, Chirurgiens des hôpitaux de Marseille, dont nous avons été l'interne, reçoivent ici l'assurance de notre dévouement le plus sincère.

Enfin, tous nos camarades, internes et externes des hôpitaux de Marseille, nous ont montré bien souvent des marques de sympathie; nous les en remercions bien sincèrement.

Nous demandons à M. le professeur Poncet, qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, de vouloir bien recevoir l'expression de notre vive gratitude.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

DES ANÉVRISMES

DE L'ARTÈRE PÉRONIÈRE

(et plus particulièrement des anévrismes diffus)

CHAPITRE PREMIER

ÉTIOLOGIE. — PATHOGÉNIE

L'artère péronière est profondément située sous l'épaisse couche des muscles superficiels de la partie postérieure de la jambe ; d'autre part, elle n'est en rapport direct avec aucune surface osseuse : parallèle au péroné, elle en est séparée, dans la plus grande partie de son trajet, par le muscle jambier postérieur, qu'elle traverse ensuite pour se placer à la face postérieure du ligament interosseux. Son calibre est relativement faible ; enfin, dans les différents mouvements du membre inférieur, elle n'est exposée à aucun tiraillement, ni aucun froissement.

C'est à ces particularités anatomiques et physiologiques que cette artère doit sans doute de n'être presque jamais le siège d'un anévrisme spontané. Une altération préalable de ses parois est nécessaire ; et, dans notre observation I, la production de l'anévrisme spontané semble devoir être attribuée à l'alcoolisme et à

l'athérome. Ce sont, en effet, les seules tares que nous ayons pu relever chez ce malade; et nous ne trouvons d'ailleurs chez lui aucune trace d'un traumatisme antérieur, auquel on puisse faire remonter l'origine de l'affection.

Nous ne discuterons pas les diverses théories invoquées généralement pour expliquer la pathogénie des anévrismes spontanés, l'observation unique que nous publions nous permettant seulement d'énoncer les causes observées dans ce cas particulier.

Mais, plus fréquemment, l'artère péronière est le siège d'un anévrisme diffus, dû à la déchirure traumatique de ses parois. Cette déchirure a pu se produire de deux façons bien différentes : tantôt, dans une plaie de la jambe, l'artère peut être atteinte directement par l'agent vulnérant ; tantôt, elle peut être lésée dans une fracture des os de la jambe.

Tout d'abord, l'anévrisme péronier peut être une complication d'une plaie pénétrante du mollet par un instrument piquant (obs. III); mais il faut des conditions toutes spéciales pour que cette complication se produise ; car, si les plaies de la jambe sont très fréquentes, les anévrismes péroniers qui en résultent sont, au contraire, excessivement rares.

La porte d'entrée de l'instrument vulnérant devra être très étroite, de telle sorte que le sang résultant de la blessure artérielle ne puisse s'épancher à l'extérieur, et soit obligé de refouler les tissus et de s'y creuser une cavité. La béance du vaisseau lésé est ensuite la condition fondamentale pour la persistance de la com-

munication entre cette poche et le système artériel ; et « cette condition ne saurait être mieux remplie que lorsque le vaisseau est seulement déchiré latéralement » (Nepveu⁴).

Par contre, une large plaie par instrument tranchant pourra, si elle intéresse l'artère, donner une hémorragie abondante, mais jamais un anévrisme diffus, le sang pouvant s'écouler librement à l'extérieur. Il en sera de même, d'ailleurs, pour une grande plaie contuse, dans laquelle l'hémostase primitive est le plus souvent assurée par le broiement de l'artère, dont les parois moyenne et interne se recroquevillent, et oblitèrent la lumière du vaisseau.

Enfin, l'artère péronière est difficilement accessible, protégée par des muscles épais, des aponévroses résistantes et des os. Elle occupe la partie centrale de la jambe ; et pour arriver jusqu'à elle, d'arrière en avant, « il faut traverser successivement les plans suivants : peau et tissu cellulaire sous-cutané, aponévrose superficielle, jumeau externe, aponévrose intermusculaire, muscle soléaire, et feuillet postérieur du dédoublement de l'aponévrose profonde. Il en résulte donc que, pour être lésée par un instrument piquant, il faudra d'abord que cet instrument pénètre à une profondeur assez considérable et suivant une certaine direction. Il est nécessaire ensuite que la pénétration se fasse, ou directement, d'arrière en avant, et alors la plaie des téguments siège à la partie externe du mollet ; ou obliquement, de dedans en dehors, et alors la plaie se

⁴ Nepveu, *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1875.

trouve au niveau de la région interne de la jambe. » (Faguet¹).

Dans d'autres cas, c'est à la suite d'une fracture de jambe que l'on a observé la production d'un anévrisme diffus de la péronière (obs. II et V).

Cette artère est assez rapprochée du péroné pour que l'on comprenne sa déchirure par les fragments, ou son écrasement contre un plan osseux par la puissance vulnérante au moment de la fracture.

L'anévrisme serait ainsi constitué immédiatement, et l'on pourrait le constater dès les premiers jours, en même temps que la fracture du péroné.

Toutefois, cet anévrisme immédiat, que l'on a pu observer d'ailleurs sur d'autres artères de la jambe, n'a jamais été constaté sur la péronière. Dans nos deux observations, en effet, c'est longtemps après le traumatisme qu'il s'est constitué : du trentième au quarantième jour chez le malade de Pelletan, vers le trentième jour, chez celui de M. Poncet, cité par Delore.

Nous n'admettons pas, dans ces deux cas, le mécanisme invoqué par Nepveu qui, se basant surtout sur l'observation de Pelletan (obs. V), se demande si ce n'est pas sous « l'influence de la tension sanguine » que l'anévrisme s'est constitué : « L'apparition, presque toujours à la même date, entre le trentième et le quarantième jour, époque où généralement, dans les fractures simples, on lève l'appareil pour savoir où en est la

¹ Faguet, *Bulletin de la Société d'anatomie et physiologie de Bordeaux*, 1892.

consolidation, est à remarquer. Faut-il expliquer cette apparition par la formation brusque d'un anévrisme au moment où la compression du bandage est levée (fait de Pelletan : au moment où l'appareil est enlevé, le membre grossit d'un sixième dans les quatre heures suivantes. ») (Nepveu)? Si nous lisons cette observation de Pelletan, rapportée par Dupuytren dans ses leçons de clinique chirurgicale, nous voyons que, s'il est vrai que la jambe « a augmenté d'un sixième dans les quatre heures suivantes », l'anévrisme était pourtant déjà constitué ; et ce n'est qu'après l'avoir constaté, et pour intervenir si c'était nécessaire, que l'appareil a été enlevé. L'anévrisme a dû augmenter de volume par la suppression de la compression, mais il ne s'est pas formé à ce moment-là. La dissection de la jambe nous apprend, d'ailleurs, que « la source de l'épanchement était une lésion de l'artère péronière, située au niveau de la fracture du péroné, dont les fragments aigus avaient déchiré ce vaisseau d'une manière fort inégale » (Dupuytren¹). L'artère a dû être ulcérée lentement par les fragments osseux ; et peut-être la compression de l'appareil, ou un mouvement des fragments ne sont pas étrangers à cette déchirure, ce qui expliquerait la formation tardive de l'anévrisme dans ce cas.

Tout autre doit être la pathogénie de la lésion chez le malade de Delore : « On ne pouvait invoquer une déchirure de l'artère par l'une des extrémités de l'os fracturé ; les deux lésions étaient distantes l'une de l'autre ; la rupture vasculaire siégeait au tiers supérieur,

¹ Dupuytren, *Leçons orales de clinique chirurgicale*, t. II.

et la fracture au tiers inférieur. D'autre part, la fracture était simple, et pouvait être considérée comme sans déplacement. Dans le cas actuel, M. le professeur Poncet pense que le même traumatisme qui a produit la fracture osseuse a également provoqué *la fracture artérielle*. Si l'on se reporte à l'observation, on voit que les deux ordres de lésions doivent reconnaître le même mécanisme. Monté sur une échelle, le malade est, en effet, resté au moment de sa chute, pendant un certain temps, le pied et la jambe gauches pris entre deux échelons, de telle sorte que la fracture du squelette a dû se produire dans un mouvement forcé de flexion, probablement combiné avec un certain degré de rotation. Ce double mouvement a dû également produire la déchirure artérielle » (Delore¹).

Sous l'influence de ce traumatisme, les parois interne et moyenne ont dû céder ; il en est résulté une première poche anévrismale petite, et assez bien limitée, mais ne se révélant par aucun symptôme à l'examen clinique. Ce n'est que plus tard, vers le trentième jour, que cette poche se serait rompue à son tour, peut-être sous l'influence de la compression de l'appareil, et aurait donné naissance à l'anévrisme diffus volumineux que l'on n'a constaté qu'à ce moment-là. La dissection de la jambe ayant montré deux poches à parois bien distinctes, nous permet d'expliquer ainsi la production de cet anévrisme.

¹ Delore, *Archives provinciales de chirurgie*, 1896.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE, SYMPTOMATOLOGIE DIAGNOSTIC

Avant d'étudier la symptomatologie des anévrismes péroniers, il nous paraît utile de dire quelques mots sur leur anatomie pathologique macroscopique, ce qui nous permettra de mieux analyser leurs symptômes, et nous aidera dans la recherche d'un diagnostic précis.

L'hématome diffus artériel, provenant d'une déchirure de la péronière, est situé dans le tissu cellulaire qui sépare les couches superficielle et profonde de la partie postérieure de la jambe. Retenue en arrière par l'aponévrose profonde du soléaire, sur les côtés par le tibia et le péroné, en avant par les muscles profonds et le ligament interosseux, cette collection sanguine diffuse dans tout l'espace intermusculaire, aussi bien à la partie interne qu'à la partie externe, et peut occuper presque toute la hauteur de la jambe.

Elle refoule fortement en avant le ligament interosseux (obs. I et II); et si la puissance vulnérante a déchiré en même temps ce ligament, comme dans un cas de fracture, la poche anévrismale peut faire

irruption à la partie antérieure de la jambe, et refouler en avant les muscles profonds de cette région (obs. V). Le sac est d'ordinaire très anfractueux; ses parois sont généralement minces, friables, sans limites précises, et difficiles à isoler des fibres musculaires voisines.

Les *symptômes* diffèrent selon la variété que nous observons. Nous ne dirons rien de l'anévrisme circonscrit; dans notre observation I, le malade ne s'est plaint, et n'a été examiné qu'après la rupture de la poche circonscrite primitive, et alors qu'il présentait, par conséquent, un anévrisme diffus.

Dans cette dernière variété, la jambe est fortement augmentée de volume, et est le siège de douleurs très vives, s'irradiant le long des filets nerveux. On constate en même temps, à la palpation, des battements isochrones à la systole cardiaque, et s'accompagnant d'un mouvement d'expansion de la tumeur. L'auscultation révèle un bruit de souffle râpeux, systolique, et d'intensité variable; ce souffle est intermittent et plus court que le silence qui le suit. Tous ces phénomènes diminuent ou disparaissent par compression des artères fémorale ou poplitée. Quant aux artères périphériques, elles ne peuvent, dans le cas particulier qui nous occupe, fournir aucun renseignement, la péronière ne donnant aucune branche dont les battements soient perceptibles au niveau du pied.

Ajoutons enfin que le malade se plaint souvent de crampes dans le membre qui est le siège de l'anévrisme, et que l'on constate généralement de l'œdème et de la congestion du pied par stase de la circulation. « Le

pied et la jambe sont froids et engourdis, le pied est paralysé quelquefois. La peau est distendue, rouge, luisante. L'inflammation et la suppuration peuvent survenir, de même que le phlegmon gangreneux, la gangrène du pied et de la jambe » (Vèzes).

Quant à l'anévrisme artériovoineux, c'est une tumeur pulsatile, offrant comme signe propre, appréciable à la main et à l'oreille, un frémissement continu, redoublant au moment de la systole, le *thrill murmur* de Hunter. Le bruit de souffle, au lieu d'être intermittent, est continu, mais avec renforcement systolique.

Le *thrill* et le bruit de souffle sont surtout perçus à l'orifice de communication des systèmes artériel et veineux, mais se propagent aussi le long des vaisseaux. Ces symptômes disparaissent quand on comprime l'artère au-dessus de la tumeur, diminuent par compression de la veine, mais peuvent augmenter si l'on arrive à comprimer le bout inférieur de l'artère.

Tous ces symptômes, qui sont d'ailleurs ceux des anévrismes en général, nous permettront, lorsqu'ils seront nettement perçus, de poser un *diagnostic* certain. Toutefois, lorsque la tumeur est encore peu volumineuse, et à cause même de sa situation profonde, elle a à lutter contre des muscles puissants, et elle peut ne se manifester alors par aucun symptôme suffisamment net qui permette de la reconnaître.

Les signes de l'anévrisme peuvent, d'autre part, avoir complètement disparu, même dans une tumeur volumineuse. Les battements et les mouvements d'expansion, le souffle même, peuvent n'être plus perçus.

soit que l'orifice de communication de l'artère dans le sac soit oblitéré, soit que la poche anévrismale soit remplie de caillots qui y empêchent la libre circulation du sang.

C'est dans un pareil cas qu'une erreur de diagnostic sera possible, et l'on comprend que plusieurs fois des anévrismes de la jambe aient été pris pour des abcès ou des phlegmons profonds par des chirurgiens expérimentés. Vezès cite trois exemples de ce genre, où une large incision fut faite dans un anévrisme de la tibiale postérieure. La même erreur pourrait d'ailleurs se produire pour la péronière ; et dans notre observation I, ce n'est que grâce à une étude approfondie des commémoratifs, et se basant surtout sur le début brusque de l'affection, que le Dr Delore put éviter cette erreur, et éliminer presque sûrement le diagnostic de phlegmon profond de la jambe.

C'est pourquoi nous n'admettons pas, dans toute sa rigueur, cette conclusion de Nepveu : « Le diagnostic ne présente pas de réelle difficulté ; cependant, un surgeon de Gand appliqua un caustique sur une tumeur anévrismale du cou-de-pied, puis y fit une incision. Une hémorragie formidable mit tellement bas les jours de son malade, qu'il mourut deux jours après. Une pareille ignorance ne serait plus excusable . » (Nepveu.)

Aussi, lorsqu'une tumeur simulant un abcès se présentera sur le trajet des artères de la jambe, devra-t-on se « livrer à une enquête minutieuse des commémoratifs, analyser tous les symptômes, et agir avec prudence ». (Vezès.)

Après avoir éliminé les abcès, il est un autre genre

d'affection qu'il ne faut pas prendre pour des anévrismes : ce sont les tumeurs de la jambe.

C'est un cas de ce genre, observé dans la clinique de M. le professeur Poncet, qui est le point de départ de la thèse de Vanhaegenborgh sur le « diagnostic des tumeurs des parties molles de la jambe ». Un cancer, un sarcome, un myome (cas de Vanhaegenborgh) peuvent devenir pulsatiles, et présenter un souffle manifeste ; mais ce souffle est généralement doux, humé, continu ; la réductibilité de ces tumeurs est illusoire ; on constate en même temps un engorgement ganglionnaire précoce, et bien souvent la cachexie jaune paille des néoplasiques.

Ces tumeurs pulsatiles sont d'ailleurs, le plus souvent, d'origine osseuse, et ont leur siège de prédilection à la tête du tibia. Elles seront donc prises difficilement, à cause de leur situation, pour un anévrisme développé sur le trajet de la péronière. On trouvera toujours, en outre, sur un point de leur périphérie, « ici une très grande mollesse, ailleurs une plus ou moins grande résistance, quelquefois des inégalités dures dépendant de la coque osseuse et donnant, lorsqu'on les brise, la sensation d'une coquille d'œuf qu'on écrase » (Vèzes).

Enfin, dans le sarcome principalement, les veines sont dilatées dans le tissu cellulaire sous-cutané ; on n'oubliera pas, cependant, que l'anévrisme peut aussi déterminer une circulation veineuse complémentaire due à la compression des vaisseaux voisins par la tumeur.

S'il est généralement assez facile de poser le diagnos-

tic d'anévrisme, est-il possible de préciser exactement le siège de la lésion et de la localiser sur le trajet de l'artère péronière? Sans nier la possibilité de ce diagnostic précis, nous le croyons très difficile. Dans les cinq observations que nous avons trouvées dans la littérature médicale, trois fois on a diagnostiqué un anévrisme d'une des artères de la jambe (obs. I, II et V); et une fois (obs. III), tous les symptômes étaient en faveur d'un anévrisme de la tibiale postérieure. Le diagnostic exact n'a été posé qu'une seule fois, dans l'observation de Guthrie (obs. IV); mais ici, la plaie pénétrante du mollet, causée par une balle, était assez large pour permettre l'exploration directe, et, « en introduisant le doigt dans l'ouverture externe de la plaie, on rencontrait, près du péroné, une petite tumeur anévrismale, par la compression de laquelle en arrêtait l'hémorragie; on en conclut donc que la lésion siégeait sur la péronière seule ».

Il est rare qu'un anévrisme siégeant sur la péronière soit localisé sur la tibiale antérieure, ou réciproquement. Le ligament interosseux forme une barrière assez résistante entre la partie postérieure de la jambe et sa partie antérieure. Nous avons vu toutefois que la poche anévrismale (obs. I et II) peut faire saillie en avant et repousser fortement le ligament interosseux; les symptômes de l'anévrisme sont alors perçus en avant, mais leur maximum sera toujours en arrière et permettra par conséquent d'y localiser la lésion. Il n'en sera plus de même dans le cas particulier où le ligament interosseux aura été déchiré par les fragments osseux, dans une fracture (obs. V). La collection sanguine fait

alors irruption à la partie antérieure et se loge dans l'intervalle des muscles profonds de cette région. Les symptômes peuvent être alors aussi nets en avant qu'en arrière, ce qui rend le diagnostic plus difficile.

C'est dans des cas de ce genre que l'on pourrait retirer des renseignements utiles du poulx de la pédieuse, si la congestion et l'œdème du pied n'empêchaient pas, trop souvent, de le percevoir.

Il est plus difficile, j'ajouterai même généralement impossible, de diagnostiquer si la lésion siège sur la péronière ou sur la tibiale postérieure. Ces deux artères sont, en effet, très voisines l'une de l'autre ; elles cheminent dans le même espace intermusculaire ; l'anévrisme auquel elles peuvent donner naissance se loge entre les mêmes plans résistants ; et les symptômes observés sont bien souvent aussi nets à la partie interne qu'à la partie externe de la jambe.

C'est une erreur de diagnostic de ce genre qui a fait subir au malade de Faguet une double intervention sur la tibiale postérieure, avant que l'on ait reconnu que l'anévrisme siégeait sur la péronière. Il serait donc très important de pouvoir localiser la lésion avant d'intervenir.

L'étude des commémoratifs pourra être de quelque utilité ; une fracture isolée du tibia ou du péroné donnera plus de probabilités en faveur d'une lésion de la tibiale postérieure ou de la péronière, selon le cas.

De même, dans le cas de plaie pénétrante de la jambe, le siège de la lésion cutanée et la direction de l'instrument vulnérant permettront de supposer que la rupture artérielle siège plutôt sur l'une ou l'autre artère,

Mais, il peut se faire aussi que la situation de la plaie « puisse induire en erreur le chirurgien le plus expérimenté » (Faguet). Le malade de Faguet n'avait-il pas reçu son coup de faux à la région postéro-interne de la jambe, tandis que c'était la péronière seule qui était lésée? Spence cite un cas analogue, où l'instrument vulnérant, pénétrant par la face antérieure de la jambe, avait respecté la tibiale antérieure, et, après avoir perforé le ligament interosseux, était allé blesser le tronc tibio-péronier, qui était le siège d'un anévrisme diffus.

L'artère péronière est en rapport direct, sur une partie de son trajet, avec le ligament interosseux, tandis que l'artère tibiale postérieure en est assez éloignée et séparée par l'épaisseur du muscle jambier postérieur. C'est ce qui explique ce fait, que nous avons signalé dans trois de nos observations (I, II et V), que les symptômes de l'anévrisme péronier, perçus très nettement en arrière, sont aussi perçus à la face antérieure de la jambe. Nous n'avons trouvé ce fait, avec la même netteté, dans aucune des observations d'anévrisme de la tibiale postérieure que nous avons parcourues.

Aussi, pensons-nous, avec M. le D^r Delore, que la présence simultanée des signes d'anévrisme à la partie antérieure et à la partie postérieure de la jambe, avec prédominance en ce dernier point, doit être considérée comme un symptôme d'anévrisme de l'artère péronière.

CHAPITRE III

PRONOSTIC. — TRAITEMENT

Les anévrismes diffus de la jambe dus à la rupture d'une artère ont une tendance fatale à s'accroître beaucoup, et, par là même, déterminent rapidement des phénomènes de compression sur les nerfs et les vaisseaux voisins. Il en résulte des douleurs très vives, et une congestion passive de l'extrémité périphérique du membre, et, par suite, des troubles de la nutrition du côté du pied, en même temps qu'une impotence fonctionnelle complète. Des hémorragies graves peuvent survenir, et mettre en danger les jours du malade. Enfin, dans le cas où ces anévrismes sont la complication d'une fracture de jambe, ils ne peuvent qu'avoir une influence funeste sur le processus de guérison de la fracture, dont ils augmentent la gravité.

Quant à l'anévrisme artério-veineux, son pronostic, pour être peut-être moins grave, n'en n'est pas moins sérieux, et nous ne saurions mieux faire que de citer les conclusions suivantes de Delbet :

1^o Les anévrismes artério-veineux externes ne sont presque jamais compatibles avec l'intégrité absolue de la fonction du membre sur lequel ils siègent;

extraît la poche sans l'ouvrir, après ligature des deux bouts de l'artère.

Grâce à la bande d'Esmarch, l'incision est devenue une opération assez simple; et Mollière¹ a pu dire que « dans les cas d'anévrismes traumatiques, la méthode d'Antyllus peut être considérée comme inoffensive et facile ». Toutefois, cette méthode expose aux hémorrhagies secondaires : la plupart des artérioles qui s'ouvrent dans la sac ne saignent pas, et ne peuvent par conséquent être pincées au moment de l'intervention; lorsque la circulation collatérale sera développée, la pression sanguine augmentant dans ces artérioles déterminera une hémorragie secondaire plus ou moins abondante. D'autre part, malgré toutes les précautions antiseptiques, la grande cavité laissée ouverte après l'incision peut suppurer; et, même dans les cas heureux, cette cavité ne se comblera que lentement, par bourgeonnement, laissant une cicatrice très étendue.

L'extirpation du sac, au contraire, présente tous les avantages de l'incision, avec ses inconvénients en moins. On peut obtenir la réunion par première intention, et on n'a plus à craindre d'hémorragie secondaire par les collatérales, qu'on lie au fur et à mesure qu'on les trouve en disséquant le sac. Enfin, on dégage les nerfs qui ont quelquefois contracté des adhérences avec le sac, et on fait cesser ainsi les divers phénomènes nerveux consécutifs à la compression.

L'extirpation est généralement longue et difficile; elle n'en reste pas moins le procédé de choix dans

¹ Mollière, *Lyon médical*, 1882.

l'anévrisme circonscrit, où l'on trouve une paroi nettement limitée. Il n'en est plus de même dans l'anévrisme diffus ; ici, l'on a le plus souvent un sac très irrégulier, à parois mal limitées, ne pouvant par conséquent être séparées des tissus voisins ; et l'incision de la poche anévrismale sera la seule intervention possible.

Pour nous résumer, on devra, chaque fois qu'il sera possible de le faire, pratiquer l'extirpation du sac, qui, selon l'heureuse expression de Delbet, est une cure radicale de l'anévrisme ; mais, bien souvent, surtout dans les anévrismes diffus, et ce sont ceux-là que l'on est surtout exposé à rencontrer sur la péronière, c'est à la simple incision du sac que l'on pourra avoir recours.

Les mêmes conclusions s'imposent pour l'anévrisme artério-veineux ; on emploiera les mêmes procédés thérapeutiques ; la seule différence dans l'intervention consiste à lier les deux bouts de la veine, en même temps que ceux de l'artère, avant de faire l'incision ou l'extirpation du sac.

Si nous comparons, maintenant, les résultats obtenus dans nos observations selon les procédés employés, nous constatons que l'extirpation du sac n'a pu être pratiquée qu'une seule fois (obs. III), pour un anévrisme artério-veineux, et avec un succès complet. Deux autres malades ont été traités par la méthode d'Antyllus : celui de Guthrie (obs. IV) où la guérison fut obtenue en trois mois, et celui de Delore (obs. II) où des phénomènes infectieux (lymphangite et

arthrite purulente) nécessiterent secondairement l'amputation de la cuisse. Cet échec ne doit pourtant pas être imputé à la méthode ; car, de l'histoire du malade pendant les quatre semaines qui ont suivi la première intervention, il n'en ressort pas moins que « l'ouverture du sac avec ligature des deux bouts artériels ne soit en pareil cas l'opération de choix » (Delore). Et si des phénomènes infectieux se sont produits, ce doit être non à cause de fautes contre l'asepsie, mais plutôt, selon l'opinion de M. le professeur Poncet, grâce à ces plaques de sphacèle qui ont été signalées du côté du pied : « C'est par ces plaques suppurantes que s'est produite la transmission infectieuse, soit par voie vasculaire, soit plutôt par la voie lymphatique, comme le ferait supposer la synovite purulente du genou » (Delore).

L'on devra donc, s'il survient en certains points des troubles de nutrition de la peau, des menaces de sphacèle, « redoubler de précautions antiseptiques, embaumer en quelque sorte les lésions sphacéliques, pour maintenir l'asepsie, et éviter les diffusions infectieuses qui sont particulièrement à redouter ». (Delore.)

Quant à nos deux derniers malades, on a dû pratiquer chez eux l'*amputation de la cuisse* au tiers inférieur. Cette intervention, dans les cas d'anévrisme diffus de la péronière, aussi bien que des autres artères de la jambe, ne sera jamais qu'une intervention de nécessité. On ne devra l'employer que chez des malades dont l'état général mauvais et l'étendue des lésions ne permettraient pas une intervention assez longue, et parfois

assez pénible, et qui ne pourraient résister à une hémorragie secondaire, toujours possible quand on pratique l'incision du sac.

C'était le cas pour nos malades des observations I et V. Le premier se cachectisa d'ailleurs de plus en plus après l'intervention, et mourut sans qu'il y ait jamais eu menace de complications du côté de sa plaie opératoire. Quant au second, son état s'améliorait; et l'opération aurait été suivie de succès, si une pneumonie n'était survenue et n'avait emporté le malade.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (inédite).

(Recueillie dans le service de M. le professeur Poncet, salle Saint-Philippe, n^o 1).

P. A..., cinquante-sept ans, contremaître dans une usine.

Pas d'antécédents héréditaires; comme antécédents personnels, il n'accuse qu'une maladie dans son enfance, mais il ne peut nous en préciser ni la nature, ni la durée. Depuis, il a toujours été bien portant. Pas de syphilis, mais de l'alcoolisme.

Le 6 juin dernier, au retour du travail, il ressent dans la jambe gauche une vive douleur; il est obligé de se coucher et voit en même temps sa jambe augmenter de volume. La douleur persiste aussi vive, et, la jambe ne diminuant pas, le malade se décide à entrer à l'hôpital, trois mois et demi après le début de son affection.

A ce moment, on constate comme signes locaux une augmentation considérable de volume du membre infé-

rieur, portant non seulement sur la partie postérieure, mais encore sur la partie antérieure de la jambe. Le pied est œdématié ; et l'on trouve quelques phlyctènes et escarres sur sa partie dorsale. Le membre est d'ailleurs rouge violacé, et sa température locale est augmentée.

L'auscultation ne fait percevoir aucun souffle, on ne constate pas non plus de battements bien nets dans la tumeur. Les battements des artères au niveau du pied ne sont pas perçus, ce qu'explique suffisamment, d'ailleurs, l'œdème considérable de cette région.

La température du malade, à son entrée, atteint 39°8. Son état général est mauvais, mais on ne constate chez lui d'autres lésions que celles de l'artério-sclérose généralisée.

Ces symptômes ne permettent pas un diagnostic précis ; mais le début brusque de l'affection et sa longue durée permettent d'éliminer presque à coup sûr le diagnostic d'abcès ou de phlegmon profond. M. le D^r Delore, alors chargé du service de M. le professeur Poncet, pense à la *déchirure probable d'une des artères de la jambe*, ayant déterminé un *anévrisme diffus*.

Intervention le 24 septembre. M. le D^r Delore fait une incision longitudinale exploratrice dans le mollet, et tombe dans une vaste poche remplie de caillots noirâtres, et occupant tout l'espace compris entre les muscles superficiels et profonds de la partie postérieure de la jambe. L'étendue des lésions, jointe au mauvais état général du malade, qui n'aurait pu supporter une hémorragie secondaire possible, fait rejeter

la ligature des deux bouts de l'artère lésée, et juger nécessaire l'amputation de la cuisse au tiers inférieur.

Suites opératoires : Le moignon n'a aucune tendance à la cicatrisation. Pas de température. Mais le mauvais état général du malade ne fait qu'augmenter ; le malade se cachectise ; il perd l'appétit ; ses membres et sa paroi abdominale s'œdématient progressivement. Il meurt le 29 octobre, sans température.

Examen de la jambe : La jambe est disséquée après l'opération. On trouve sur le trajet de l'artère péronière, au niveau de la partie moyenne de la jambe, une dilatation anévrysmale de la grosseur d'un œuf de poule. Cette poche, à parois bien nettes sur sa partie antérieure, fait saillie dans l'espace interosseux, et refoule en avant le ligament interosseux. A la partie postérieure, la paroi n'existe plus, et c'est par cette ouverture que le sang s'est répandu en avant de l'aponévrose, se créant, entre cette dernière et les muscles profonds, une vaste cavité qu'on a trouvée remplie de caillots noirâtres, et dont les parois, mal limitées, étaient difficiles à isoler des tissus voisins.

Nous avons donc ici un anévrysme circonscrit et spontané de l'artère péronière, dont la paroi postérieure s'est rompue, et a donné naissance à un anévrysme diffus consécutif.

L'autopsie du malade n'a rien appris de particulier. On a trouvé les tissus infiltrés de sérosité, de l'hydrothorax, de l'ascite. Pas d'autres lésions sur ses organes et ses vaisseaux que des lésions d'artério-sclérose.

OBSERVATION II (résumée).

(Delore, in *Archives provinciales de chirurgie*, 1896.)

F... François, cultivateur, cinquante-six ans. Entre à la salle Saint-Philippe de l'Hôtel-Dieu de Lyon, clinique de M. le professeur Poncet, le 2 décembre 1895.

3 octobre. — En montant sur une échelle, il fit une chute, son pied resta pris entre deux échelons, et il se fit une fracture au tiers inférieur de la jambe. Le Dr Berthier, de Thoissey, plaça un plâtre qui fut enlevé vingt-cinq jours après. On constata que le membre avait à peu près repris son aspect normal, et on remplaça le plâtre par un appareil silicaté.

Quelques jours après, le malade ressentit quelques douleurs dans le mollet, et une sensation pénible de constriction. Les douleurs augmentèrent, le pied devint œdémateux, si bien que l'on enleva l'appareil.

On s'aperçut alors que la jambe avait augmenté de volume, et que le mollet formait une tumeur légèrement pulsatile. La jambe devint de plus en plus volumineuse, la peau rougit, se distendit. Bien que la région antéro-externe soit distendue, il est manifeste que la saillie est plus considérable en arrière et en dedans. Le fond est œdématié, rouge, énorme.

A la main, on perçoit sur toute la jambe des battements avec expansion, dont le maximum est situé nettement à la paroi postérieure. L'auscultation fait entendre un bruit de souffle râpeux, synchrone à la

diastole artérielle, plus fort en arrière, où les battements sont également plus marqués. La pulsation de la pédiuse et de la tibiale postérieure n'est pas perceptible à gauche, peut-être à cause de l'œdème. La compression de la fémorale arrête les battements de la tumeur, et fait diminuer son volume. La jambe gauche est plus chaude que la droite de 1 à 2 degrés ; sa circonférence la plus grande atteint 41 centimètres, alors que du côté droit la plus grande circonférence de la jambe n'atteint que 36 centimètres.

Toute contraction musculaire volontaire est abolie dans le membre malade, qui, à certains moments, surtout le soir, est le siège de douleurs vives, avec irradiations dans la cuisse.

Athérome artériel généralisé.

Rien dans les autres organes.

4 décembre. — Après anesthésie et application de la bande d'Esmarch, M. le professeur Poncet fait une incision partant du creux poplité, et longue de 20 centimètres, intéressant le soléaire. On arrive sur une poche anévrysmale contenant du sang et des caillots. Après l'ablation des caillots, on constate que l'anévrysmes est formé d'une cavité principale, siégeant dans la partie moyenne du mollet, entre les couches musculaires superficielle et profonde, et d'une seconde cavité plus petite, grosse comme un œuf environ, s'étendant entre le tibia et le péroné, et refoulant ainsi en avant le ligament interosseux, et les muscles jambiers postérieur et fléchisseur des orteils. Cette disposition particulière peut faire croire, un instant, à un anévrysmes de la tibiale antérieure.

Chacune de ces deux poches, qui communiquent ensemble par un orifice déchiqueté et fort large, présente de nombreux diverticules, des culs-de-sac qui gênent beaucoup dans la recherche de l'artère déchirée. Les parois diffèrent sensiblement dans l'une et l'autre cavités. Tandis que la cavité postérieure, la plus étendue, ne présente qu'une paroi adventice récente, très friable et sans limites précises, la cavité antérieure possède une paroi plus épaisse, nacrée, lisse et nettement limitée. Au niveau de l'orifice de communication des deux cavités, assez large pour admettre deux doigts, on peut distinguer la limite de séparation des deux parois, de structure différente : l'une mince et nacrée ; l'autre plus épaisse et blanchâtre.

Les deux bouts de l'artère déchirée sont retrouvés dans la poche antérieure ; l'orifice supérieur est net et peut être lié très facilement ; l'inférieur est mal délimité ; et l'artère, déchirée sur une hauteur de 3 à 4 centimètres est néanmoins liée. On laisse quelques pinces à demeure.

Tamponnement, compression.

Quelques jours après, le malade ressent des douleurs, de la fièvre ; on constate une ulcération profonde, et large comme une pièce de 5 francs à la face dorsale du pied, en même temps que des plaques de sphacèle du côté du talon.

30 décembre. — Devant la persistance de la fièvre, et après une ponction du genou qui ramène du pus, on fait un large drainage de l'articulation ; puis, le 6 janvier, devant les phénomènes généraux graves, le sphac-

cèle et la lymphangite, on pratique l'amputation de la cuisse au tiers supérieur.

L'examen de la partie amputée confirme le diagnostic d'anévrisme de la péronière, et une fracture du tibia au tiers inférieur consolidée, l'œdème de la jambe, et la purulence du genou.

5 mars. — Le malade sort guéri.

OBSERVATION III (résumée).

(Faguet : in *Bulletin de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux*, 1892.)

M. A..., vingt-six ans. Cultivateur.

Pas d'antécédents héréditaires ou personnels.

1^{er} juillet 1889. — Il reçoit dans le mollet gauche un coup de faux, dont l'extrémité effilée pénètre obliquement, un peu d'arrière en avant, et de dedans en dehors, à une profondeur de plusieurs centimètres. — Hémorragie en nappe nécessitant l'intervention d'un médecin : sutures superficielles, drainage, pansement antiseptique, compression légère.

Pendant les premiers jours qui suivent l'accident, la plaie paraissait se réparer dans de bonnes conditions, lorsque, vers le dixième jour, le malade éprouva des douleurs lancinantes dans la jambe, et crut percevoir des battements au niveau de la blessure.

14 juillet. — Il se produisait une nouvelle hémorragie en nappe, abondante, et présentant les mêmes symptômes que la première fois. On dut appliquer un pansement compressif.

15 juillet. — Le D^r Phélipot est appelé à examiner le malade, et constate des battements au niveau de la région postéro-interne du milieu de la jambe gauche. Ces battements s'accompagnent d'un mouvement d'expansion, de thrill, et d'un bruit de souffle continu avec renforcement systolique. Le maximum de ces signes paraît être la région postéro-interne du mollet, au niveau même de la plaie faite au tégument externe. — Grande diminution de ces signes, et même leur suppression, si on comprime l'artère poplitée. Quelques troubles de la sensibilité, des crampes; pas de troubles trophiques.

Le diagnostic porté est celui d'*anévrisme artérioso-veineux de l'artère tibiale postérieure*.

Première intervention le 16 juillet : On lie l'artère tibiale postérieure à la partie supérieure et à la partie inférieure de la jambe. Les phénomènes persistent, et une troisième hémorragie a lieu le 23 juillet. Le malade entre alors à l'hôpital, dans le service de M. le professeur Lannelongue. On peut constater tous les signes déjà indiqués plus haut, et l'on pose le même diagnostic.

Une nouvelle intervention est faite le 23 août : double ligature et extirpation des artère et veines tibiales postérieures sur une longueur de 5 centimètres. Les phénomènes réapparaissent quand on enlève la bande d'Esmarch. On incise alors le soléaire, et l'on tombe sur une tumeur anévrismale qui siège sur l'artère péronière; on dissèque le sac, on l'isole des fibres musculaires auxquelles il adhère très intimement, et on l'extirpe entre deux ligatures. Les veines satellites

sont également liées et sectionnées sur la même étendue : drainage, sutures profondes et sutures superficielles ; pansement sec ; compression légère.

Suites opératoires : Pas de température, pas de suppuration ; bourgeonnement et cicatrisation rapides. Le 4 novembre, le malade quitte l'hôpital, guéri et capable de marcher presque toute la journée.

Examen de la pièce : Sur le trajet de l'artère péronière, à peu près au niveau de son tiers moyen, on constate l'existence d'une tumeur qui l'unit intimement à l'une de ses veines satellites, et qui n'est autre que la poche anévrismale, dont les parois sont très adhérentes aux fibres musculaires du soléaire.

Cet anévrysme a le volume d'une petite noix ; et, après avoir enlevé les caillots noirâtres de formation récente qui le remplissent, on s'aperçoit qu'il existe trois orifices sur les parois du sac :

1^o Deux orifices s'ouvrant largement dans le sac, l'un en haut, l'autre en bas, et que l'on reconnaît facilement pour appartenir à la péronière ;

2^o Un troisième orifice, situé du côté interne, et qui fait communiquer le sac avec la veine péronière du même côté. La grandeur de cet orifice est un peu supérieure à celle d'une aiguille à tricoter ; il est nettement délimité. Il fait communiquer directement l'intérieur du sac anévrisimal avec la veine péronière, sans qu'il existe de canal intermédiaire, de sorte qu'il est impossible de séparer l'artère de la veine à ce niveau.

OBSERVATION IV

(Guthrie, *in thèse de Vigen*, Bordeaux, 1882.)

Vigarelie reçoit, à Waterloo, une balle qui lui traverse la jambe en arrière et au-dessous de la tête du tibia, et sortit du côté opposé, au milieu du mollet; elle avait dû passer près des vaisseaux. Pas d'inflammation, pas d'hémorragie immédiate.

30 juin. — Hémorragie artérielle légère, et, le lendemain, une plaie considérable, arrêtée par le tourniquet. Le malade fut très affaibli, et il s'épancha beaucoup de sang sous le soléaire et dans les tissus voisins. En introduisant le doigt dans l'ouverture externe de la plaie, on rencontrait, près du péroné, une petite tumeur anévrysmale, par la compression de laquelle on arrêtait l'hémorragie. On conclut donc que la lésion siégeait sur *la péronière seule*. Or, l'hémorragie risquant de se reproduire, et l'infiltration sanguine étant toujours dangereuse, surtout dans une plaie d'arme à feu enflammée, il fallait arrêter le cours du sang et évacuer l'épanchement et, pour cela, lier la péronière.

Incision longitudinale et couche par couche, de 7 pouces, ayant l'ouverture de sortie de la balle pour centre. La recherche fut pénible, à cause de l'inflammation et de l'infiltration. On voyait la place d'où sortait le sang, sans pouvoir saisir l'artère. Enfin, Guthrie lia l'artère au-dessus et au-dessous.

Nettoyage de la plaie par un filet d'eau tiède. Irrigation froide pendant quatre jours, puis cataplasmes. Réunion par seconde intention, et assez lente, car il fallut trois mois pour que la plaie fût guérie. La jambe malade étant plus petite que l'autre et fléchie, on y remédia par des appareils mécaniques, de sorte que le malade arriva à marcher sans paraître boiter.

OBSERVATION V

(Pelletan : in *Cliniques chirurgicales de Dupuytren*)

Caloy, rachitique, cinquante-cinq ans. Se fracture la jambe, et est porté à l'Hôtel-Dieu. A son entrée, le tibia paraît fracturé très obliquement, au-dessous de son tiers supérieur; le fragment supérieur fait saillie en avant et soulève la peau; l'inférieur se perd en arrière dans l'épaisseur des muscles. Fracture du péroné au même point et même disposition des fragments. Réduction de la fracture, maintenue à l'aide d'un bandage à 18 chefs, de coussins et de draps fanons. Le malade est pansé tous les jours; grande tendance des fragments au déplacement.

Vers le quinzième jour, Caloy éprouve des douleurs dans le mollet, qu'il attribue à la constriction de l'appareil, les liens sont relâchés; la douleur disparaît et reparait au bout de quelques jours. Vers le trentième jour, on examine le membre et l'on n'aperçoit rien

qui explique les douleurs. Elles augmentent néanmoins et, quelques jours après, en pansant le malade, on reconnaît une tuméfaction accompagnée de rénitence et d'une couleur bleuâtre à la partie moyenne de la jambe.

En recherchant la fluctuation, on éprouve, tant à la partie antérieure qu'à la partie postérieure de la jambe, une sorte de frémissement qui augmente et diminue alternativement. La tumeur diminue et perd ses mouvements isochrones à la circulation, par compression de la poplitée, phénomènes qui réapparaissent dès que l'on cesse de comprimer cette artère. La poplitée étant saine entre les jumeaux, l'anévrisme n'avait pu être formé qu'aux dépens d'une des artères de la jambe.

La fracture étant presque consolidée, on retire l'appareil, mais, en moins de quatre heures, la tuméfaction était déjà augmentée d'un sixième, et s'était propagée en bas vers les malléoles, et en haut, du côté du jarret. On se décide alors à pratiquer l'amputation à la partie inférieure de la cuisse, à cause de l'extrême faiblesse du patient. Après une incision exploratrice dans la tumeur, qui confirme le diagnostic, l'amputation est faite.

Suites opératoires : Le malade marchait vers la guérison, lorsqu'il fut emporté par une pneumonie.

Autopsie de la jambe : Poche anévrismale, ayant en arrière le muscle soléaire pour paroi, et, sur les côtés, les muscles de la couche profonde. Elle faisait saillie en avant, à travers le ligament interosseux déchiré par les fragments de la fracture, et était recouverte par les

muscles jambier antérieur et long extenseur des orteils. Elle était remplie de sang en caillots. La source de l'épanchement était une lésion de la péronière, située au niveau de la fracture du péroné, dont les fragments avaient déchiré ce vaisseau d'une manière fort inégale.

CONCLUSIONS

Les recherches qui précèdent, sur les anévrismes de l'artère péronière, et les cinq observations que nous avons publiées, dont deux ont été recueillies dans le service de M. le professeur Poncet, nous permettent de dire.

I. Les anévrismes de la jambe par déchirure de l'artère péronière sont rares; la lésion de l'artère peut être spontanée, mais elle est plus souvent la complication, tantôt d'une fracture de jambe, tantôt d'une plaie pénétrante du mollet.

II. On a observé, sur le trajet de la péronière, l'anévrisme diffus et l'anévrisme artérioso-veineux; l'anévrisme circonscrit n'a été constaté qu'une fois, à l'autopsie, et après rupture de la poche circonscrite.

III. Les symptômes sont ceux des anévrismes des membres; et le diagnostic de la nature de la lésion est, en général, facile, lorsque ces symptômes sont nettement accusés. Plus difficile sera le diagnostic du siège: on peut confondre ces anévrismes avec ceux de

la tibiale antérieure et surtout avec ceux de la tibiale postérieure. La présence simultanée des signes d'anévrisme de la tibiale antérieure et d'une des artères postérieures de la jambe, avec prédominance de ces derniers, nous paraît être un symptôme d'anévrisme de la péronière.

IV. Le pronostic en est très grave.

V. Quant au traitement, l'extirpation du sac est la méthode de choix ; mais, bien souvent, dans l'anévrisme diffus, on ne pourra avoir recours qu'à l'incision simple, avec ligature des deux bouts artériels. L'amputation de la cuisse au tiers inférieur ne sera jamais qu'une méthode de nécessité.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
PONCET.

Vu :

LE DOYEN,
LORTET.

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 28 novembre 1900.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ.
GABRIEL COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

DELBET, Pronostic et traitement des anévrismes artério-veineux externes (th. Paris, 1889).

— et LE DENTU, Traité de chirurgie.

DELORE, Archives provinciales de chirurgie, 1896.

DUPLAY et RECLUS, Traité de chirurgie.

DUPUYTREN, Leçons orales de clinique chirurgicale, t. II.

FAGUET, Bulletin de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux, 1892.

NEPVEU, Bulletin de la Société de chirurgie, 1875.

VANHAEGENBORGH, Diagnostic des tumeurs des parties molles de la jambe (th. Lyon, 1898).

VÈZES, Anévrismes des artères de la jambe (th. Paris, 1890).

VIGEN, Lésions des artères de la jambe (th. Bordeaux, 1882).

TABLE

INTRODUCTION.	5
CHAPITRE PREMIER. — Étiologie, pathogénie	9
CHAPITRE II. — Anatomie pathologique, symptomatologie, diagnostic	15
CHAPITRE III. — Pronostic, traitement	23
OBSERVATIONS.	30
CONCLUSIONS	43
BIBLIOGRAPHIE	45

